



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO**

LAURA MARIA DOS SANTOS REIS ROCHA DE CASTRO

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

**LAGARTO
2019**

LAURA MARIA DOS SANTOS REIS ROCHA DE CASTRO

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Trabalho apresentado ao curso de Odontologia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas

LAGARTO
2019

LAURA MARIA DOS SANTOS REIS ROCHA DE CASTRO

SÍNDROME DE PARRY ROMBERG: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Trabalho apresentado ao curso de Odontologia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas

Trabalho apresentado em: ____/____/____

Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas

Departamento de Odontologia de Lagarto - UFS

Me. Gustavo Almeida Souza

Centro Universitário UniAges

Me. Breno Ferreira Barbosa

Centro Universitário UniAges

LAGARTO

2019

À Deus, que foi o meu intercessor diário. Aos meus pais, que acreditaram e caminharam junto a mim. E ao meu orientador, que me instruiu e se fez mestre, me enriquecendo com sua sabedoria e me inspirando a ser uma excelente profissional.

Agradecimentos

Agradeço à Deus, que me sustém independente do cansaço, me manteve firme mesmo quando as adversidades eram minhas companheiras e que olhou pra mim como a menina dos Seus olhos. Aos meus pais, que têm sido o meu pilar e meu exemplo, que me preenchem como filha e que me orgulham a cada dia pela sua bondade, esperança e fidelidade. Ao mestre Gustavo Almeida Souza, que é um ser humano excepcional, de um coração invejável e que não mede esforços para realizar tudo que faz com maestria, obrigada por ter parte fundamental tornando esse sonho possível. Ao meu orientador, Dr. Paulo Henrique Luiz de Freitas, por quem tenho grande admiração. Ao meu irmão, que me fez parecer mais velha muitas vezes, por ter a bondade de uma criança e levar a vida com leveza. Aos profissionais que estiveram comigo na condução desse caso, dentre eles os fisioterapeutas, por estarem dispostos a sempre proporcionar o melhor. Aos meus avós, tios e primos, que em ligações demonstravam a sua esperança em mim e me estimulavam a lutar pelos meus almejos. Aos meus amigos, que quando na ausência da família foram minha família e sempre fizeram jus ao significado da palavra amizade. A todos, minha eterna gratidão!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A síndrome de Parry Romberg (SPR) é uma condição degenerativa rara, lenta e progressiva que acomete pele, tecido subcutâneo, músculos e ossos da face. A atrofia hemifacial e a consequente assimetria são suas principais características. Ainda que a etiologia da SPR não esteja definida, a condição parece ter relação com reações autoimunes, infecções, hereditariedade, distúrbios endócrinos e traumatismos. Em geral, a condição se manifesta entre a primeira e segunda décadas de vida, progredindo por alguns anos até alcançar um estado estacionário. O diagnóstico se dá através de sinais e sintomas observados durante a avaliação clínica, combinados ao histórico do paciente e a testes específicos. A terapêutica inclui desde terapias ortodônticas/protéticas/oftalmológicas à restituição do tecido perdido com cirurgia plástica e, mais recentemente, com preenchedores intradérmicos. **OBJETIVO:** Relatar um caso de Síndrome de Parry-Romberg com enfoque na abordagem multidisciplinar. **RELATO:** Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, compareceu à Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, campus de Lagarto, queixando-se de dores na articulação temporomandibular. Com base nos achados clínicos, dentre eles atrofia hemifacial no lado esquerdo, alopecia em couro cabeludo, espasmos musculares na região submandibular e temporal esquerda, além de enoftalmia no lado correspondente, a paciente foi diagnosticada com Síndrome de Parry-Romberg. A terapêutica teve como objetivo primário o alívio da sintomatologia através do encaminhamento para fisioterapia. Em seguida, iniciou-se o tratamento dentário reabilitador, auxiliando significativamente na resolução da queixa principal apresentada. **CONCLUSÃO:** Os profissionais de saúde devem estar capacitados para estabelecer o diagnóstico da SPR a partir das características visualizadas durante o exame inicial. A instituição de uma terapêutica adequada é imperativa para proporcionar melhorias na qualidade de vida do paciente. A condução do caso deve ser feita por uma equipe multiprofissional, considerando o envolvimento das diferentes estruturas do corpo.

Palavras-chave: Hemiatrofia Facial. Síndrome. Anormalidades Maxilofaciais.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Parry Romberg syndrome (PRS) is a rare, slow and progressive degenerative condition that affects skin, subcutaneous tissue, muscles and bones of the face. Hemifacial atrophy and consequent asymmetry are its main characteristics. Although the etiology of PRS is not defined, the condition seems to be related to autoimmune reactions, infections, heredity, endocrine disorders and trauma. In general, the condition manifests itself between the first and second decades of life, progressing for a few years until it reaches a steady state. The diagnosis is made through signs and symptoms observed during the clinical evaluation, combined with the patient's history and specific tests. Therapy includes from orthodontic/prosthetic/ophthalmologic therapies to the restitution of lost tissue with plastic surgery and, more recently, with intradermal fillers. **PURPOSE:** To report a case of Parry Romberg syndrome with a focus on the multidisciplinary approach. **CASE REPORT:** A 24-year-old female patient attended the Clinic-School of Dentistry of the Federal University of Sergipe, campus of Lagarto, complaining of pain in the temporomandibular joint. Based on the clinical findings, among them hemifacial atrophy on the left side, alopecia in the scalp, muscular spasms in the submandibular and left temporal region, besides enophthalmia in the corresponding side, the patient was diagnosed with Parry-Romberg Syndrome. Therapy had as its primary objective the relief of symptoms through referral to physiotherapy. Subsequently, rehabilitation dental treatment was started, significantly assisting in the resolution of the main complaint presented. **CONCLUSION:** Health professionals should be able to establish the diagnosis of SPR from the characteristics visualized during the initial examination. The establishment of adequate therapy is imperative to provide improvements in the patient's quality of life. The conduction of the case must be done by a multiprofessional team, considering the involvement of the different structures of the body.

Keywords: Facial Hemiatrophy. Syndrome. Maxillofacial Abnormalities.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Atrofia hemifacial, alopecia e falta de competência labial.....	29
FIGURA 2 - Desvio mandibular em abertura e enoftalmia à esquerda.....	29
FIGURA 3 - Fluxo de cuidados ofertados à paciente.....	30
FIGURA 4 - Radiografia panorâmica.....	30
FIGURA 5 - Ausência de contato dentário do lado esquerdo.....	31
FIGURA 6 - Dispositivo de mordida anterior.....	31
FIGURA 7 - Tomografia computadorizada do crânio e órbita.....	31

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Condição muscular ao exame físico.....	20
QUADRO 2 - Terapia muscular.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 HISTÓRICO	13
2.2 FISIOPATOLOGIA	13
2.3 ASPECTOS CLÍNICOS GERAIS	14
2.4 ASPECTOS CLÍNICOS ESTOMATOGNÁTICOS	15
2.5 DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO	16
3 RELATO DE CASO	19
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
LISTA DE FIGURAS	29
APÊNDICE A	32
APÊNDICE B	33

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Parry-Romberg (SPR), descrita primeiramente por Caleb Parry em 1825 e posteriormente por Moritz Romberg, em 1846, é uma condição degenerativa rara, autolimitante, que acomete pele, tecido subcutâneo, músculos e ossos. A condição apresenta como característica principal a atrofia hemifacial de caráter lento e progressivo, com consequente assimetria facial (RANGARE *et al.*, 2011).

O envolvimento do pescoço, tronco e braço no lado correspondente à atrofia facial pode estar presente, bem como anormalidades neurológicas, dentárias e oftalmológicas. Alguns autores sugerem que a manifestação neurológica seja resultado do envolvimento do nervo trigêmeo. Por outro lado, a atrofia do tecido ósseo, músculos e glândulas sebáceas da região de órbita repercutem na perda de suporte do globo ocular, caracterizando a enoftalmia. Quando a condição se manifesta precocemente, pode haver desordens no crescimento e desenvolvimento craniofacial, resultando em maloclusão dentária (CERVELLI; GENTILE, 2009; IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993).

O aparecimento dos primeiros sinais clínicos costuma ocorrer entre a primeira e segunda décadas de vida, progredindo por dois a dez anos, aproximadamente, até a estagnação. Embora a etiologia não seja bem compreendida, a SPR parece estar associada a reações autoimunes, infecções, distúrbios endócrinos e traumatismos, além de um componente hereditário (CERVELLI; GENTILE, 2009; DUYNAMAZ *et al.*, 2009; IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993; JANOWSKA *et al.*, 2013; PATEL; THAKKAR; PATEL, 2010; PINHEIRO *et al.*, 2006).

O diagnóstico é estabelecido através da identificação de alterações clínicas como desvio da boca para o lado acometido, enoftalmia e alopecia unilaterais. Algumas alterações podem ser detectadas na ressonância magnética, que pode mostrar hemiatrofia cerebral, bem como na tomografia computadorizada, que permite a visualização de lesões hiperdensas ou calcificações intracranianas, além de zonas de atrofia cortical (DUYNAMAZ *et al.*, 2009; MADASAMY *et al.*, 2012; TERSTEGGE *et al.*, 1995).

Idealmente, o tratamento deve ter início quando a atrofia alcança um estado estacionário. Como não há cura para a condição, o manejo do paciente pode envolver condutas estéticas para a restituição do tecido atrofiado, além de condutas de cunho

funcional, como intervenções ortodônticas ou protéticas para fins de melhoria na oclusão (LAZARIDOU *et al.*, 2010; MADASAMY *et al.*, 2012).

As abordagens utilizadas para restaurar o contorno facial incluem o enxerto de gordura autógena ou lipoaspiração e a utilização de ácido hialurônico (AH), sendo o AH ainda pouco relatado na literatura (JO *et al.*, 2018; WATCHMAKER *et al.*, 2019).

Devido ao estigma associado às desordens com acometimento facial, a importância do diagnóstico precoce a fim de instituir um adequado tratamento torna-se imperativo para endereçar as questões funcionais, estéticas e de cunho psicológico. A raridade da síndrome, atrelada ao pouco conhecimento da mesma por profissionais de saúde, faz com que sinais e sintomas passem despercebidos, ainda que imprescindíveis para o diagnóstico da patologia. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de Síndrome de Parry-Romberg, descrevendo a abordagem multidisciplinar adotada e fornecendo subsídio teórico para auxiliar o profissional da saúde no diagnóstico e na conduta terapêutica em busca de melhorias na qualidade de vida destes indivíduos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO

Caleb Hillier Parry foi o primeiro a relatar a Síndrome de Parry-Romberg (SPR) quando, em 1825, mencionou características que hoje são sinais e sintomas imprescindíveis para o diagnóstico de tal condição. Parry (1825) descreveu alterações ocorridas no lado esquerdo da face de uma paciente que incluíam perda de volume facial em comparação a seu lado direito, menor evidênciação do globo ocular (enftalmia), mudança na coloração do cabelo limitada pela linha média e, projeção da língua com deslocamento para esquerda.

Posteriormente, Romberg (1846) relatou um caso em que o indivíduo apresentava assimetria facial, alopecia à esquerda, região frontoparietal do lado esquerdo menos convexa que a contralateral, linhas de expressão menos perceptíveis em função da ausência de tecido gorduroso sob a pele, enftalmia e atrofia da narina esquerda com deslocamento de septo. Na região perioral havia evidênciação dos sulcos faciais do lado esquerdo e pele áspera e esbranquiçada. Na cavidade oral, isquemia gengival e afilamento da úvula foram relatadas na hemiface correspondente à atrofia. Apesar da degeneração presente, não houve envolvimento neural ou glandular (ROMBERG, 1846).

Em 1871, Eulenburg utilizou o termo “hemiatrofia facial progressiva” para se referir à Síndrome de Parry-Romberg, sendo tal atrofia considerada sua principal característica (GOLDHAMMER *et al.*, 1981).

2.2 FISIOPATOLOGIA

A degeneração tem início durante a primeira ou segunda década de vida, e progride por dois a dez anos, aproximadamente. Quando o aparecimento ocorre durante a primeira década, parte do esqueleto facial pode sofrer malformações devido ao concomitante crescimento do arcaço ósseo. Já durante a segunda década, tais consequências tornam-se improváveis (IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993).

A etiologia permanece inconclusiva, embora várias teorias tenham sido propostas para justificar o envolvimento tecidual verificado na síndrome. Dentre as

possíveis causas, incluem-se distúrbios autoimunes, infecções virais, processos inflamatórios, traumáticos, infecciosos ou tróficos afetando primordialmente o sistema nervoso simpático. O envolvimento do sistema nervoso simpático pode repercutir em hiperatividade resultante de uma inflamação ganglionar persistente, sugerindo relação com a atrofia facial (CORY *et al.*, 1997; MILLER; SPENCER, 1995).

O envolvimento do sistema nervoso simpático foi associado à SPR através dos resultados da pesquisa em laboratório feita por Moss e Crikelair (1959), em que ratos foram submetidos a simpatectomia e, posteriormente, todos apresentaram hemiatrofia facial progressiva. Dos achados mais significativos, relata-se a redução em volume de tecido adiposo, com estruturas musculares, ósseas, epiteliais e glandulares sem quaisquer modificações (MOSS; CRIKELAIR, 1959; OLIVEIRA; CRONEMBERGER; ORÉFICE, 1998; WOLF; VERITY, 1974).

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS GERAIS

A prevalência é maior em mulheres, na primeira e segunda década de vida, com envolvimento incomum do restante do corpo (IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993). Em estudo realizado por Stone (2003), de 205 indivíduos portadores da SPR, 165 (80,48%) eram do sexo feminino e 40 (19,51%) do sexo masculino. Destes, 71% relataram o início da doença em uma idade inferior a 15 anos e 8% após 25 anos. Desta forma, através do histórico é possível estabelecer uma relação entre idade e grau de deformidade, visto que a manifestação da doença anterior à segunda década de vida pode envolver tecido ósseo e cartilaginoso (WHYMAN *et al.*, 1992).

Devido ao acometimento da pele, do tecido subcutâneo e dos músculos, a síndrome é caracterizada por uma atrofia, comumente unilateral, que acontece lenta e progressivamente por alguns anos com posterior estabilização do quadro. A característica vista com maior frequência em pacientes com SPR é um aprofundamento na face com demarcação coincidente à linha média separando lado direito e esquerdo. Além disso, o indivíduo apresenta um semblante envelhecido pela evidenciação de linhas de expressão facial ocasionada pela perda tecidual e limitada ao lado da degeneração (BALACHANDRA; RAVIKUMAR, 2000; DESHINGKAR *et al.*, 2012; MUCHNICK; ASTON; REES, 1979).

Dentre as manifestações clínicas, a enoftalmia é uma das mais prevalentes nos portadores da SPR, visto que o tecido gorduroso presente na órbita é afetado. A

alopecia em regiões da face e do couro cabeludo, bem como mudanças na coloração do cabelo parecem anteceder as manifestações na pele (KUMAR *et al.*, 2009). No trabalho de Raposo-Amaral *et al.* (2013) feito com 14 pacientes, 85,71% apresentaram atrofia hemifacial unilateral, 64,28% apresentaram enoftalmia e 42,85% demonstraram desvio da estrutura nasal. Em estudo feito por Muchnick, Aston & Rees (1979) incluindo 59 pacientes, o comprometimento ocular foi relatado em 35-40% dos casos, sendo a enoftalmia o achado mais frequente, estando presente em 9 dos 10 pacientes que possuíam sintomas oculares; um paciente apresentou blefaroptose com envolvimento da função muscular e 7 pacientes apresentaram atrofia palpebral, dentre os quais 3 apresentaram perda total do tecido palpebral e ciliar. Já de acordo com Stone (2003), em levantamento feito com 205 indivíduos com SPR, 11% dos pacientes apresentaram complicações neurológicas na forma de epilepsia e 46% demonstraram problemas oftalmológicos, destacando 17% com histórico de uveíte (FEA *et al.*, 2015; KUMAR *et al.*, 2009; MILLER; SPENCER, 1995).

2.4 ASPECTOS CLÍNICOS ESTOMATOGNÁTICOS

A atrofia dos tecidos faciais pode provocar desvios do nariz e boca para o lado afetado e perpetuar anormalidades em função da hipoplasia em algumas regiões da mandíbula e da alteração na concavidade do palato. O lábio, quando acometido pela degeneração, expõe unilateralmente os dentes, interferindo no selamento labial. As unidades dentárias apresentam-se normais, entretanto, radiograficamente, as raízes podem estar atróficas e contribuir para o retardo na erupção, resultando em maloclusão dentária (DESHINGKAR *et al.*, 2012; MAZZEO *et al.*, 1995; MUCHNICK; ASTON; REES, 1979; WHYMAN *et al.*, 1992).

A associação de uma erupção tardia e hipoplasia mandibular desencadeiam o aparecimento de desvio da linha média facial, mordida cruzada posterior e maloclusão dentária. De acordo com estudo feito por Raposo-Amaral *et al.* (2013), as maloclusões foram encontradas em 10 dos 14 pacientes avaliados. A musculatura, apesar de envolvida, não demonstra alteração no movimento, com fala e deglutição adequadas (MAZZEO *et al.*, 1995; PINHEIRO *et al.*, 2006; RAPOSO-AMARAL *et al.*, 2013; TARAKJI *et al.*, 2015).

2.5 DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO

A alteração facial decorrente da SPR tem reflexos estéticos, funcionais e psicológicos. Isso evidencia a necessidade da atuação conjunta de profissionais para alcançar resultados satisfatórios durante a terapêutica. O diagnóstico é feito através do exame clínico e de imagem, com a obtenção de informações referentes à sintomatologia e histórico da doença (DESHINGKAR *et al.*, 2012; PINHEIRO *et al.*, 2006).

A tomografia computadorizada permite a avaliação do esqueleto ósseo quanto às suas dimensões e simetria, além de possibilitar a visualização de hiperdensidades na massa branca craniana e a hemiatrofia cerebral - que geralmente é ipsilateral. A ressonância magnética, por outro lado, pode ser usada para confirmar alterações patológicas na musculatura e tecido gorduroso. Deste modo, através dos exames imaginológicos, outras patologias podem ser excluídas e o envolvimento intracraniano pode ser facilmente identificado (DUYMAZ *et al.*, 2009; WHYMAN *et al.*, 1992; WONG *et al.*, 2015).

Em estudo feito por Wong *et al.* (2015) a partir do exame de imagem de 7 casos, anormalidades na substância branca ipsilaterais à atrofia facial foram detectados em todos os pacientes. Destes, um paciente demonstrou alteração cerebral na forma de hemorragia e áreas calcificadas. Paralelo a isso, através do exame de imagem como auxiliar de diagnóstico, é possível descartar anomalias que possuem características clínicas similares à SPR, como a encefalite de Rasmussen (PAPROCKA *et al.*, 2006). Nesta condição há três achados característicos na ressonância magnética: a atrofia do núcleo caudado da base do cérebro, atrofia focais e hiperintensidade da massa branca, conforme demonstrado em estudo de Granata *et al.* (2003) com 12 pacientes portadores de encefalite de Rasmussen.

Ainda assim, a identificação da SPR constitui uma atividade difícil pelos profissionais de saúde por apresentar grande quantidade de patologias com sinais e sintomas similares, como a esclerodermia localizada, a qual é considerada um diagnóstico diferencial. Entretanto, algumas particularidades da esclerodermia diferencia as duas condições, como a presença de processos inflamatórios, capacidade de responder a tratamento medicamentoso e pigmentação na pele. Outras possíveis afecções associadas são a microssomia hemifacial (Síndrome de Goldenhar) e a lipodistrofia parcial (Síndrome de Barrequer-Simon). A síndrome de

Goldenhar é considerada uma anomalia de caráter congênito e não-progressivo, que pode envolver a estrutura mandibular (ângulo, ramo e côndilo), provocar paralisia facial, bem como levar ao subdesenvolvimento do pavilhão auricular. Já a lipodistrofia parcial (Síndrome de Barrequer-Simon), apesar de demonstrar características similares à SPR, difere por manifestar-se bilateralmente e estar restrita à degeneração do tecido adiposo (DESHINGKAR *et al.*, 2012; IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993; MUCHNICK; ASTON; REES, 1979; REES, 1974; WONG *et al.*, 2015).

O tratamento pode ser estético, como a volumização do tecido para correção de defeitos faciais, ou sintomático, com auxílio da terapia medicamentosa em decorrência do acometimento neurológico (TOLLEFSON; WITMAN, 2007). Em estudo feito por Wartenberg (1945), de 15 casos relatados, 3 apresentaram envolvimento cerebral com presença de convulsões no percurso da doença.

No que concerne à estética, enxerto de gordura autógena, injeção de silicone fluído, de gordura lipoaspirada e ácido hialurônico constituem procedimentos cirúrgicos realizados para reestabelecer uma agradável anatomia facial (DESHINGKAR *et al.*, 2012; IÑIGO; ROJO; YSUNZA, 1993; RODDI *et al.*, 1994).

O uso do enxerto de gordura na terapêutica da SPR é contraindicado por alguns autores pelo inconveniente de o material sofrer reabsorção em um período de 1 ano, ainda que forneça bons resultados estéticos (MAZZEO *et al.*, 1995; RODDI *et al.*, 1994). Entretanto, de acordo com Hörl *et al.* (1991), 67 indivíduos foram submetidos a tratamento com gordura autógena e, em um período de 6 meses, houve reabsorção de 50% do material, não havendo em momento posterior continuação da reabsorção. Desta forma, foi possível restituir o material perdido em poucas sessões, uma vez que a enxertia pode ser repetida de maneira segura. Em trabalho feito por Roddi *et al.* (1994), o enxerto de gordura foi utilizado em 2 pacientes que apresentavam atrofia bilateral. Destes, um paciente foi acompanhado por um período de 1 ano e 6 meses e houve necessidade de utilização de mais gordura, porém a partir deste momento o volume facial foi restaurado, possibilitando recuperação do contorno e proporções faciais.

Como alternativa à enxertia, a utilização do ácido hialurônico (AH) tem mostrado resultados promissores ao restituir parte do tecido perdido com menor chance de absorção quando comparado à gordura autógena (WATCHMAKER *et al.*, 2019). Em caso relatado por este último autor, o ácido hialurônico foi utilizado em paciente que possuía SPR bilateral e não houve progressão da degeneração durante

o acompanhamento de 2 meses. Em relato de Jo *et al.* (2018), resultados satisfatórios também foram alcançados com o uso do AH, de forma que no período de 2 meses não foram demonstrados sinais de atrofia.

Há de se considerar o fato de que o transplante de gordura autógena é oneroso, necessita de grande experiência por parte do profissional e demanda maior tempo cirúrgico. Atrelado a isso, há ainda a possibilidade de infecção e maior tempo para recuperação pós-operatória. Já o uso do AH proporciona segurança, é econômico e de fácil realização, podendo ser facilmente degradado pelo profissional responsável através da hialuronidase, quando não for obtido o resultado desejado (JO *et al.*, 2018; RODDI *et al.*, 1994).

As anormalidades oftalmológicas, quando presentes, exigem encaminhamento para o médico oftalmologista. As anormalidades dentárias podem ser tratadas através de tratamentos ortodônticos, cirurgia ortognática e/ou reabilitação protética, cada qual instituída considerando-se o crescimento e o desenvolvimento ósseo do paciente (MADASAMY *et al.*, 2012; TANG *et al.*, 2013; WHYMAN *et al.*, 1992). A terapia ortodôntica e ortopédica tem a sua importância durante o crescimento facial, uma vez que, de acordo com You e Baik, (2011), é possível restringir a atrofia mandibular precocemente através da utilização de um aparelho funcional, evitando assim um maior desarranjo facial.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, compareceu à Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe, campus Professor Antônio Garcia Filho, queixando-se de dores na articulação temporomandibular (ATM). A partir dos sinais e sintomas verificados por meio do exame clínico, dentre eles atrofia hemifacial no lado esquerdo, alopecia em couro cabeludo, ausência de selamento labial à esquerda (figura 1), desvio mandibular para a esquerda na abertura bucal e enoftalmia no lado correspondente à atrofia (figura 2), além de espasmos musculares na região submandibular e temporal esquerda, suspeitou-se de Síndrome de Parry-Romberg.

A paciente relatou que tais características se tornaram aparentes aos 19 anos de idade, correspondendo à faixa etária comum para a manifestação da desordem. Ainda, a paciente relatou ausência de casos na família ou qualquer histórico de doença ou trauma anterior. Assim, confirmou-se o diagnóstico da Síndrome de Parry-Romberg.

Para o manejo do caso, optou-se por abordagem multiprofissional, envolvendo avaliação e acompanhamento com fisioterapeuta, com a realização de exercícios e estimulação muscular para diminuir a sintomatologia e evitar maior degeneração tecidual. Atrelado a isso, a paciente esteve sempre sob acompanhamento odontológico (figura 3).

Atuação da Fisioterapia

O tratamento foi realizado na Universidade Federal de Sergipe por uma especialista em Fisioterapia musculoesquelética e perdurou por cerca de 11 meses.

No exame físico, os resultados obtidos a partir da análise dos músculos da expressão facial são mostrados no quadro 1.

Quadro 1. Condição muscular ao exame físico

CONDIÇÃO MUSCULAR	MÚSCULOS ENVOLVIDOS
AUSÊNCIA DE CONTRAÇÃO	Músculo corrugador do supercílio, m. depressor do lábio inferior, m. depressor do ângulo da boca, m. prócero, nasal (porção alar) e m. platisma.
CONTRAÇÃO RUIM	Músculo bucinador, m. elevador do ângulo da boca (E), m. pterigoideo medial e lateral (D) e m. elevador da pálpebra superior (E).
CONTRAÇÃO REGULAR	Músculo zigomático maior, m. pterigoideo medial e lateral (E), m. elevador da pálpebra superior (D) e m. reto medial e lateral do olho.

Legenda: (M): músculo; (D): direito; (E) esquerdo.

Fonte: Autoria própria.

O diagnóstico cinético-funcional confirmou que a paciente apresentava diminuição da força, alteração na expressão facial, quadros recorrentes de dor e “travamento” na ATM, impactando funcionalmente na sua movimentação, além de influência no papel emocional. Ainda possuía dificuldade ao mastigar alimentos consistentes, falar em demasia e na realização de exercícios que requeriam função contínua.

O tratamento fisioterápico está descrito no quadro 2.

Quadro 2. Terapia muscular

TERAPIA MUSCULAR	PERÍODO
LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO MÚSCULO CERVICAL, TRAPÉZIO SUPERIOR	3 vezes de 10 segundos
LIBERAÇÃO MIOFASCIAL DO MÚSCULO DA FACE CONTRALATERAL	3 vezes de 10 segundos
ALONGAMENTO PASSIVO DO TRAPÉZIO SUPERIOR	3 vezes de 30 segundos
EXERCÍCIO ATIVO LIVRE EM FRENTE AO ESPELHO PARA MOVIMENTOS DA MANDÍBULA (PROTRUSÃO, RETRUSÃO, ABERTURA, FECHAMENTO, DESVIO MEDIAL E DESVIO LATERAL)*	3 séries de 10 repetições
EXERCÍCIO ATIVO LIVRE REALIZADO COM USO DO CANUDO (PACIENTE ASSOPRA O CANUDO CONTRA A ÁGUA)**	3 séries de 10 repetições

Legenda: (*) → Fortalecimento dos músculos frontal, corrugador do supercílio, prócero, zigomático, levantador do lábio superior e orbicular do olho.

(**) → Fortalecimento do músculo orbicular da boca.

Fonte: Autoria própria.

O objetivo do tratamento foi reduzir a tensão muscular, favorecer a expressão facial, diminuir assimetria facial, melhorar mobilidade para ATM e reequilibrar a força muscular da face.

A paciente atualmente não está fazendo acompanhamento por motivos pessoais, mas relata praticar os exercícios na sua residência.

Atuação Odontológica

Os procedimentos odontológicos realizados envolveram a adequação do meio bucal e melhorias no quadro oclusal da paciente. Na área da cirurgia, foram extraídas 3 unidades dentárias (dentes 26, 38 e 48) que apresentavam lesões cáries ou destruição coronária extensas (figura 4).

No aspecto reabilitador, foi realizada a restauração da unidade 22 com resina composta. O tratamento instituído para reverter a maloclusão dentária foi o protético. Ao utilizar ficha para mensuração da disfunção apresentada, a paciente foi diagnosticada com disfunção temporomandibular severa (Apêndice A). Durante a análise oclusal, notou-se que a paciente não apresentava contato dentário posterior no lado esquerdo (figura 5) e o mecanismo compensatório para alcançar a estabilidade oclusal provocava hiperfunção do músculo temporal, o que explicava a hipertrofia muscular e os espasmos na área de origem do músculo temporal.

Foi confeccionado um desprogramador de mordida anterior de Neff para eliminar a memória proprioceptiva e estabelecer a mandíbula em uma posição favorável para reabilitação (figura 6). Durante a primeira semana que o dispositivo foi instalado, foi indicada sua utilização pela manhã por 4 horas. Neste período, foi solicitado que a paciente avaliasse, com o dispositivo em boca, a presença de espasmos na região correspondente ao músculo temporal. Houve uma melhora significativa a partir da segunda semana de uso, relatando a paciente contrações musculares apenas quando sob estresse. Durante as consultas, quando avaliada a dor através da Escala Visual Analógica (EVA), na qual a maior dor é tida como 10 e a menor como 0, a paciente respondeu estar com EVA 0 (Apêndice A).

Na sequência, ao considerar a ausência das unidades dentárias 26, 36, 38, 46 e 48, foi proposto à paciente possíveis tratamentos para melhoria da sua condição. A 1º opção foi o tratamento ortodôntico e cirurgia ortognática; a 2º opção seria acompanhamento psicológico e odontológico para estabelecer o equilíbrio muscular;

e a 3º opção incluiria a confecção de planos-guia e prótese provisória associada a acompanhamento. A paciente optou pela 3º opção.

Atuação Neurológica

A paciente foi encaminhada para o médico especialista devido a possibilidade de envolvimento cerebral. Os exames foram realizados por um neurocirurgião, sendo solicitada a tomografia computadorizada do crânio e de órbita (Figura 7), as quais demonstraram enoftalmia à esquerda, ausência de lesão intracraniana traumatogênica, ausência de desvio das estruturas da linha média e demais estruturas ósseas livres de alterações. A presença de enoftalmia justificou a conduta do profissional para o encaminhamento ao oftalmologista, entretanto, a paciente optou por não realizar a consulta.

Atuação da Odontologia Estética

Foi proposto o preenchimento facial com ácido hialurônico a fim de proporcionar melhoria do contorno facial (Apêndice B), com o intuito de restituir a perda de volume causado pela atrofia. Foi solicitada a doação do produto a uma empresa farmacêutica, que demonstrou interesse no caso. A paciente segue em acompanhamento à espera da confirmação da doação do produto para realização do preenchimento facial.

4 DISCUSSÃO

A Síndrome de Parry-Romberg (SPR) é uma condição que devido ao acometimento do tecido epitelial, subcutâneo, muscular e, em alguns casos, cartilaginoso e ósseo, demanda uma abordagem multidisciplinar voltada à interrupção de sua progressão (PINHEIRO *et al.*, 2006; WONG *et al.*, 2015). A natureza lenta e progressiva atrelada ao acometimento precoce (entre a primeira e segunda década de vida) criam uma situação clínica em que o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada constituem medidas imprescindíveis para o correto manejo do paciente (KUMAR *et al.*, 2009).

Existem algumas hipóteses para a etiologia da SPR, que permanece incompreendida. Os portadores, em sua maioria, são mulheres entre dez e vinte anos de idade, nas quais raramente há acometimento de outras regiões do corpo ou manifestação bilateral. A síndrome possui um caráter autolimitante, de modo que, após um certo período, os sinais clínicos se estabilizam (EL-KEHDY; ABBAS; RUBEIZ, 2012; RANGARE *et al.*, 2011).

A manifestação da doença inclui atrofia facial unilateral que pode levar à exposição dentária por incompetência labial, além de outros sinais como alopecia, enoftalmia, desvio nasal e maloclusão dentária. Todos esses achados foram observados no caso aqui descrito (CERVELLI; GENTILE, 2009; FEA *et al.*, 2015; PINHEIRO *et al.*, 2006; RAPOSO-AMARAL *et al.*, 2013). Dupont *et al.* (1997), em estudo realizado com 4 portadores da SPR, demonstrou que a epilepsia focal é um achado comum. Dificuldades e dores durante a abertura da boca, que em estudo feito por Stone (2003) esteve presente em 71 de 205 síndrômicos, também foram achados no caso relatado, tendo a paciente relatado desconforto durante a função mastigatória, particularmente na trituração de alimentos consistentes.

Havendo suspeita de SPR, é preciso diferenciá-la de outras patologias, como a Encefalite de Rasmussen, Lipodistrofia parcial, Síndrome de Goldenhar e a Esclerodermia linear, sendo esta última relacionada frequentemente à Síndrome de Parry-Romberg (MAZZEO *et al.*, 1995; PAPROCKA *et al.*, 2006). É importante, neste momento, o conhecimento do profissional sobre as principais características da condição, auxiliando na solicitação de exames para elucidação diagnóstica, bem como na condução do paciente junto a uma equipe de profissionais que atendam às suas necessidades.

A esclerodermia linear é um tipo de esclerodermia localizada, de etiologia incerta, em que o indivíduo apresenta alteração da hemiface por atrofia, sendo o lado atrofiado separado do saudável por uma cicatriz, chamada de golpe de sabre (*en coup de sabre*) (KHAN *et al.*, 2012). Devido à presença de características semelhantes entre a esclerodermia e a SPR, como alterações oculares, neurológicas e dos tecidos constituintes da face, alguns autores consideram a SPR como uma variante da esclerodermia, enquanto outros as consideram entidades distintas (FEA *et al.*, 2015; PAPROCKA *et al.*, 2006; TOLLEFSON; WITMAN, 2007). Na literatura, entretanto, há casos relatados de conversão de esclerodermia em SPR ao longo do tempo (STONE, 2003).

Desta forma, o diagnóstico obtido através do exame clínico e complementado por imagens possibilita a exclusão de desordens que possuem características clínicas equivalentes. A imaginologia tem sua importância ao permitir a identificação de alterações cerebrais no lado correspondente à atrofia, proporcionando reconhecimento de distúrbios neurológicos (RAPOSO-AMARAL *et al.*, 2013). Os exames de imagem solicitados a nossa paciente demonstraram ausência de envolvimento neurológico ou de dano cerebral.

O objetivo da terapêutica instituída é restaurar a simetria da face, diminuindo os efeitos negativos da deformidade e combatendo – na medida do possível – os sintomas apresentados pelo indivíduo. Os materiais utilizados para o procedimento reconstrutivo incluem enxerto de gordura autóloga, injeções de silicone ou de gordura lipoaspirada e preenchimento com ácido hialurônico, ganhando este grande destaque pela sua satisfação e bom desempenho clínico (DE ALENCAR *et al.*, 2011; JO *et al.*, 2018; WATCHMAKER *et al.*, 2019).

O tratamento proposto envolveu fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e neurocirurgiões a fim de manter a saúde geral da paciente e reverter o quadro de dor apresentado. Outrossim, a realização de procedimentos estéticos de preenchimento facial deve ocorrer após a completa estabilização da atrofia.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou, por meio de um relato de caso e uma revisão integrativa da literatura, os principais achados clínicos da síndrome de Parry-Romberg, com enfoque na abordagem terapêutica multidisciplinar. A condução do caso foi direcionada conforme as necessidades da paciente e recursos humanos e materiais disponíveis na instituição. Conclui-se que o diagnóstico precoce é imperativo para evitar o agravamento da doença e que a atuação multidisciplinar contribui positivamente para o manejo integral do indivíduo acometido pela condição.

REFERÊNCIAS

- BALACHANDRA, C.; RAVIKUMAR B. C. Parry-romberg's Syndrome with Epilepsy. **Indian J Dermatol Venerol Leprol** v. 66, p. 145-146, 2000.
- CERVELLI, V.; GENTILE, P. Use of cell fat mixed with platelet gel in progressive hemifacial atrophy. **Aesthetic Plastic Surgery** v. 33, n. 1, p. 22–27, 2009.
- CORY, R. C. *et al.* Clinical and radiologic findings in progressive facial hemiatrophy (Parry-Romberg syndrome). **American Journal of Neuroradiology** v. 18, n. 4, p. 751–757, 1997.
- DE ALENCAR, J. C. G. *et al.* Lipoenxertia autóloga no tratamento da atrofia hemifacial progressiva (síndrome de parry-romberg): Relato de caso e revisão da literatura. **Anais Brasileiros de Dermatologia** v. 86, n. 4, p. 85–88, 2011.
- DESHINGKAR, S. A. *et al.* Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg Syndrome). **Contemporary Clinical Dentistry** v.3, n. 5, p. 78–81, 2012.
- DUPONT, S. *et al.* Progressive facial hemiatrophy and epilepsy: A common underlying dysgenetic mechanism. **Neurology** v. 48, n. 4, p. 1013–1017, 2012.
- DUYMAZ, A. *et al.* Parry-Romberg syndrome: Facial atrophy and its relationship with other regions of the body. **Annals of Plastic Surgery** v. 63, n. 4, p. 457–461, 2009.
- EL-KEHDY, J.; ABBAS, O.; RUBEIZ, N. A review of Parry-Romberg syndrome. **Journal of the American Academy of Dermatology** v. 67, n. 4, p. 769–784, 2012.
- FEA, A. M. *et al.* Parry Romberg syndrome with a wide range of ocular manifestations: A case report. **BMC Ophthalmology** v. 15, n. 1, p. 1–6, 2015.
- GOLDHAMMER, Y. *et al.* Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg's disease), principally involving bone. **Journal of Laryngology and Otology** v. 95, n. 6, p. 643–647, 1981.
- GRANATA, T. *et al.* Rasmussen's encephalitis: Early characteristics allow diagnosis. **Neurology** v. 60, n. 3, p. 422–425, 2003.
- HÖRL, H. W. *et al.* Soft tissue contouring using autologous tissue for hemifacial atrophy. **European Journal of Plastic Surgery** v.14 p. 235-239, 1991.
- IÑIGO, F.; ROJO, P.; YSUNZA, A. Aesthetic treatment of Romberg's disease: experience with 35 cases. **British Journal of Plastic Surgery** v. 46, n. 3, p. 94–200, 1993.
- JANOWSKA, M. *et al.* Coexistence of Parry-Romberg syndrome with homolateral segmental vitiligo. **Postepy Dermatologii i Alergologii** v. 30, n. 6, p. 409–411, 2013.
- JO, M. *et al.* Parry-Romberg Syndrome augmented by hyaluronic acid filler. **Annals of Dermatology** v. 30, n. 6, p. 704–707, 2018.
- KHAN, E. H. *et al.* A 8 years Old Girl Presented with Parry Romberg Syndrome attended at Shaheed Suhrawardy Medical College Hospital: A Case Report. **Journal of Shaheed Suhrawardy Medical College** v. 4, n. 2, p. 68–71, 2012.
- KUMAR, A. A. *et al.* Progressive hemi facial atrophy - Parry Romberg syndrome presenting as severe facial pain in a young man: a case report. **Cases Journal** v. 2, n. 1, p. 6776, 2009.
- LAZARIDOU, E. *et al.* Parry-romberg syndrome. **Journal of Dermatological Case Reports** v. 4, n. 2, p. 30–32, 2010.
- MADASAMY, R. *et al.* Parry Romberg syndrome: A case report and discussion. **Journal of oral and maxillofacial pathology: JOMFP** v. 16, n. 3, p. 406–410, 2012.

- MAZZEO, N. *et al.* Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome) Case report. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and** v. 79, n. 1, p. 30–35, 1995.
- MILLER, M. T.; SPENCER, M. A. Progressive hemifacial atrophy. A natural history study. **Transactions of the American Ophthalmological Society** v. 93, p. 203–215, 1995.
- MOSS, M. L.; CRIKELAIR, G. F. Progressive facial hemiatrophy following cervical sympathectomy in the rat. **Archives of Oral Biology** v. 1, n. 3, p. 254–258, 1960.
- MUCHNICK, R. S.; ASTON, S. J.; REES, T. D. Ocular manifestations and treatment of hemifacial atrophy. **American Journal of Ophthalmology** v. 88, n. 5, p. 889–897, 1979.
- OLIVEIRA, L. R. T.; CRONEMBERGER, S.; ORÉFICE, F. Síndrome de Parry-Romberg associada à uveíte difusa e alterações retinianas. **Revista Brasileira de oftalmologia** v. 57, n. 12, p. 949–952, 1998.
- PAPROCKA, J. *et al.* Difficulties in differentiation of Parry-Romberg syndrome, unilateral facial scleroderma, and Rasmussen syndrome. **Child's Nervous System** v. 22, n. 4, p. 409–415, 2006.
- PARRY, C. H. **Collections from the Unpublished Medical Writings of the late Caleb Hillier Parry.** London: Underwood, 1825. v.1.
- PATEL, H.; THAKKAR, C.; PATEL, K. Parry–Romberg Syndrome: A Rare Entity. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery** v. 9, n. 3, p. 247–250, 2010.
- PINHEIRO, T. P. S. *et al.* Progressive Hemifacial Atrophy - case report. **Medicina oral, patología oral y cirugía bucal** v. 11, n. 2, p. 112–114, 2006.
- RANGARE, A. L. *et al.* Parry-romberg syndrome: a rare case report. **Journal of oral & maxillofacial research** v. 2, n. 2, p. 5, 2011.
- RAPOSO-AMARAL, C. E. *et al.* Parry-romberg syndrome: Severity of the deformity does not correlate with quality of life. **Aesthetic Plastic Surgery** v. 37, n. 4, p. 792–801, 2013.
- REES, T. D. Silicone Treatment of Partial Lipodystrophy. **JAMA: The Journal of the American Medical Association** v. 230, n. 6, p. 868–870, 1974.
- RODDI, R. *et al.* Clinical evaluation of techniques used in the surgical treatment of progressive hemifacial atrophy. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery** v. 22, n. 1, p. 23–32, 1994.
- ROMBERG, M. H. **Klinische Ergebnisse.** Berlin: A. Forstner, 1846.
- STONE, J. Parry-Romberg syndrome: A global survey of 205 patients using the Internet. **Neurology** v. 61, n. 5, p. 674–676, 2003.
- TANG, X. J. *et al.* Parry-Romberg syndrome with rare maxillofacial deformities: A report on two cases. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery** v. 42, n. 6, p. 780–783, 2013.
- TARAKJI, B. *et al.* Oral manifestations of Parry-Romberg syndrome: A review of literature. **Avicenna Journal of Medicine** v. 5, n. 2, p. 25, 2015.
- TERSTEGGE, K. *et al.* Magnetic resonance of brain involvement in progressive facial hemiatrophy (Romberg's disease). Reconsideration of a syndrome. **American Journal of Neuroradiology** v. 15, n. 1, p. 145–150, 1994.
- TOLLEFSON, M. M.; WITMAN, P. M. En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome: A retrospective review of 54 patients. **Journal of the American Academy of Dermatology** v. 56, n. 2, p. 257–263, 2007.
- WARTENBERG, R. Progressive Facial Hemiatrophy. **Archives Neurology Psychiatry** v. 54,

n. 2, p. 75-96, 1945.

WATCHMAKER, J. *et al.* A case of bilateral Parry-Romberg syndrome successfully treated with hyaluronic acid filler augmentation. **Journal of Cosmetic Dermatology** p. 1–3, 2019.

WHYMAN, R. A. *et al.* An unusual case of hemifacial atrophy. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology** v. 73, n. 5, p. 564–569, 1992.

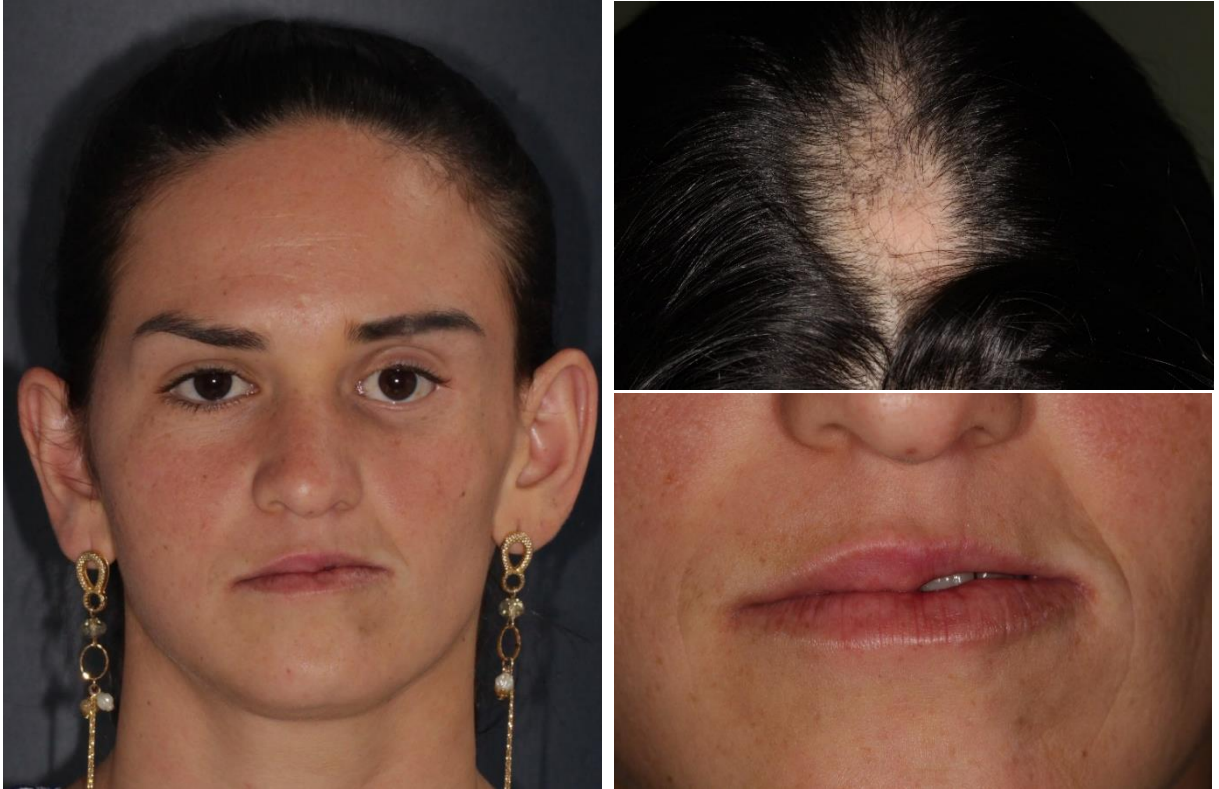
WOLF, S. M.; VERITY, M. A. Neurological complications of progressive facial hemiatrophy. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry** v. 37, n. 9, p. 997–1004, 1974.

WONG, M. *et al.* Parry romberg syndrome: 7 cases and literature review. **American Journal of Neuroradiology**. v. 36, n. 7, p. 1355-1361, 2015.

YOU, K. H.; BAIK, H. S. Orthopedic and orthodontic treatment of Parry-Romberg syndrome. **Journal of Craniofacial Surgery** v. 22, n. 3, p. 970–973, 2011.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evidenciação da atrofia na hemiface esquerda, da alopecia no couro cabeludo e da falta de competência labial.



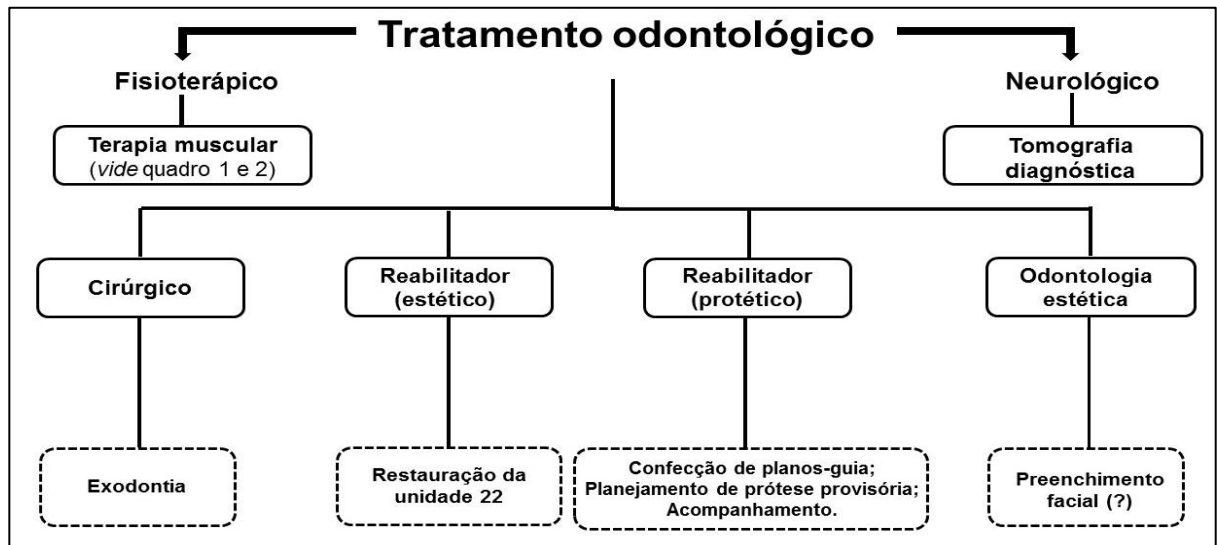
Fonte: Acervo pessoal

Figura 2 – Desvio mandibular em abertura e enoftalmia à esquerda.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 3 – Fluxo de cuidados ofertados à paciente.



Fonte: Autoria própria.

Figura 4 – Radiografia panorâmica permitindo visualização geral das estruturas dentárias.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 5 – Ausência de contato dentário do lado esquerdo.



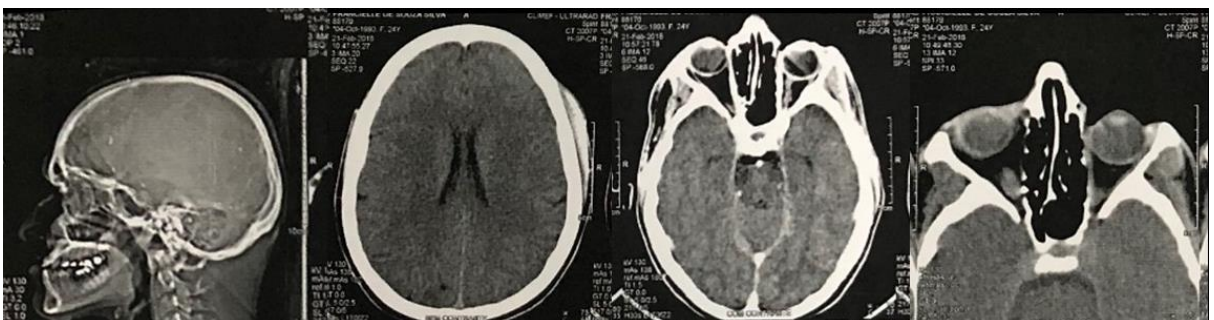
Fonte: Acervo pessoal

Figura 6 – Dispositivo de mordida anterior (desprogramador de Neff) em posição.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 7 – Tomografia computadorizada do crânio e órbita.



Fonte: Acervo pessoal

Apêndice A – Ficha de Avaliação

Ficha de avaliação utilizada para classificar o grau de disfunção e aferir intensidade da dor apresentada pela paciente.

ÍNDICE DE FONSECA IF (1994)

Data: 30 / 01 / 2019 Prontuário n°: 582

Nome: Francielle de Souza Silva Cel: _____ Idade: 24

O questionário é composto por dez perguntas para as quais são possíveis as respostas ÀS VEZES, SIM e NÃO. Para cada pergunta, você deve assinalar somente uma resposta.

IF	Sim (10)	Não (0)	Às vezes (5)
1. Sente dificuldade para abrir a boca?			5
2. Você sente dificuldade para movimentar a mandíbula para os lados?	10		
3. Tem cansaço/dor muscular quando mastiga?	10		
4. Sente dores de cabeça com frequência?			5
5. Sente dor na nuca ou torcicolo?	10		
6. Tem dor no ouvido ou nas articulações temporomandibulares?	10		
7. Já notou se tem ruídos nas ATMs quando mastiga ou quando abre a boca?	10		
8. Você já observou se tem algum hábito como apertar ou ranger os dentes?	10		
9. Sente que seus dentes não articulam bem?	10		
10. Você se considera uma pessoa tensa (nervosa)?	10		
TOTAL FINAL (somatória)	90		
CLASSIFICAÇÃO (Segundo índice abaixo)	Disfunção severa		

Índice

a. Sem disfunção - soma das respostas entre 0 e 15 pontos

b. Disfunção leve - soma das respostas entre 20 e 40 pontos

c. Disfunção moderada - soma das respostas entre 45 e 65 pontos

d. Disfunção severa - soma das respostas entre 70 e 100 pontos

ÍNDICE EVA (Avaliação da DOR) (perguntar no dia da aplicação do IF): de 0 a 10 (0 ausência de dor, 10 dor insuportável)

0

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DE LAGARTO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Profissionais responsáveis: Paulo Henrique Luiz de Freitas e Gustavo Almeida Souza
Nome do paciente: Francielle de Souza Silva
Data de nascimento: 04/10/1993
RG: 165941700 SSP-SE

Eu, Francielle de Souza Silva, RG 165941700/SSP-SE declaro ter sido informado e concordo em participar como voluntário para realização de qualquer procedimento que o profissional julgar necessário para melhor encaminhamento clínico de meu caso.

Declaro ter sido esclarecida sobre a finalidade do tratamento proposto, que é restituir a perda de tecido decorrente da atrofia por meio do uso de materiais preenchedores baseados em ácido hialurônico. Foram explicados todos os vieses do tratamento, particularmente no tocante a não se tratar de procedimento curativo e de não haver resultados definitivos. O tratamento foi proposto com base em relatos de casos semelhantes ao meu, publicados em periódicos científicos, e que têm mostrado resultados clínicos satisfatórios e bom desempenho do material preenchedor.

Fui informada de que o procedimento realizado pode ou não trazer simetria facial de forma que as hemifaces apresentem-se no mesmo nível. Entretanto, o profissional se compromete em minimizar os riscos e utilizar o que estiver ao seu alcance para os melhores resultados.

Fui informada de que o procedimento será realizado após planejamento prévio minucioso, estando a paciente isenta de qualquer despesa (caso haja doação dos materiais necessários para a execução do procedimento proposto) e também com autonomia de retirar seu consentimento ou deixar de participar a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo.

Fui informada de que minha privacidade será assegurada e que terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre as consequências do procedimento, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e após qualquer conduta.

Fui informada de que os dados coletados e fotografias poderão ser utilizados para fins de divulgação cultural e científica em meios digitais ou físicos.

Lagarto, 30 de Maio de 2019

Francielle de Souza Silva

Assinatura do participante

Paulo Henrique Luiz de Freitas

Assinatura e carimbo do profissional

Campus Prof. Antônio Garcia Filho
Departamento de Odontologia de Lagarto (DOL)
Av. Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE
CEP 49400-000
☎ +55 79 3632-2070/2092/2099



INTEGRADA
À HISTÓRIA
DE SERGIPE